

記入例

※コピーしてお使いください。

令和 7 年 12 月 1 日

インフルエンザ予防接種助成金申請書(接種会員数1人)

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター 理事長

●ご申請時の注意●

※事業所会員数1名の場合のみ、この申請書で1月末までに提出してください。
事業所会員数2名以上の場合、この申請書ではなく、取りまとめ書(P70)と申請書(P71)の2枚を提出してください。

※インフルエンザ予防接種助成には、「インフルエンザ予防接種料」、「接種日」、「接種者(会員本人)氏名」が明記された領収書のコピーの添付が必要です。
領収書に「予防接種」としか記載がない場合は予防接種時に発行される「インフルエンザ予防接種済証」のコピーもあわせて添付してください。

※事業所が接種料を負担し、個人から自己負担額を徴収した場合は、事業所が接種料を支払った際の領収書のコピーと、事業所が個人から自己負担額を徴収したことがわかる書類(事業所が会員宛てに発行した領収書のコピーなど)を併せて添付してください。

※押印は、朱肉を使って、認印で押印してください。スタンプ印での押印や、添付書類が無い場合は受付できません。

事業所名 株式会社えふ・サポート

会員番号 1234 - 0001

会員氏名 福島 一郎

生年月日 昭和・平成 40 年 1 月 1 日

連絡先 (080 - 1234 - 5678) 携帯電話 平日の日の連絡先

下記のとおり、領収書(コピー)を添えてインフルエンザ予防接種助成金の申請をします。

1. 接種年月日 令和 7 年 11 月 11 日

2. 医療機関名 福島内科クリニック

3. 自己負担金額 4 0 0 0 円

4. 助成申請額 1 5 0 0 円 ※助成金額:上限1,500円(自己負担額のみ対象)
※自己負担額が1,500円以下の場合は実費を助成いたします。
※詳しくはP25を参照してください。

5. 振込口座 ※事業所の会費引落口座を記入してください。

金融機関名	
東北労働	☐ 銀行 ☒ 金庫 ☐ 農協
	☐ 信組 ☐ ()
種目	口座番号(右詰)
1.普通	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ 株式会社えふ・サポート

*事務局記入欄		
助成決定金額	領収証	その他

理事長	業務執行理事	事務局長	事務局員	担当
	○	○		

No.	受付日	入力日

※押印済の申請書を提出してください。押印をコピーしたものやFAXでは受付できません。
申請は、えふ・サポート窓口にご持参いただくか郵送でお願い致します。